



## FORMULÁRIO DE SITUAÇÃO CLÍNICA PARA APOIO DE LAR / CASA DE REPOUSO E APOIO DOMICILIÁRIO

### Dados Pessoais do Paciente

Nome Completo \_\_\_\_\_

Nº Beneficiário SAD/GNR \_\_\_\_\_

### Descrição da Situação Clínica e Sua Evolução

### Situação funcional atual

	Sozinho sem dificuldade	Sozinho com dificuldade	Só com supervisão	Só com apoio	Totalmente incapaz
Sentar / deitar					
Andar					
Subir escadas					
Ir à rua					
Alimentar-se					
Lavar-se					
Vestir-se					
Usar WC					

### Situação física atual

#### Estado mental

Lúcido       Ocasionalmente confuso       Frequentemente confuso       Sempre confuso

#### Continência

Controlo Total       Com supervisão       Incontinente       Duplo Incontinente

#### Visão

Total       Parcial com autonomia       Muito reduzida       Nula unilateral       Nula bilateral

#### Fala

Sem Problemas       Só conversas simples       Entende mas não responde       Não fala

#### Audição

Total       Redução ligeira       Muito Reduzida       Nula

#### Dor

Inexistente       Ocasional       Frequente       Sempre

### Declaração de Veracidade das Informações Prestadas

Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras e autênticas e que não existe omissão de informação relevante.

Data \_\_\_\_\_

Nome do médico

\_\_\_\_\_

Assinatura do médico

\_\_\_\_\_

Vinheta